



## ORIGINAL

# La dependencia: efectos en la salud familiar



M. Eugenia Estrada Fernández<sup>a,b,\*</sup>, Ana I. Gil Lacruz<sup>c</sup>, Marta Gil Lacruz<sup>d</sup>  
y Antonio Viñas López<sup>e</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Psicología, Escuela Universitaria de Enfermería, Universidad de Zaragoza, Huesca, España

<sup>b</sup> Unidad de Psiquiatría, Hospital Sagrado Corazón de Jesús, Huesca, España

<sup>c</sup> Departamento de Organización y Dirección de Empresas, Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España

<sup>d</sup> Departamento de Psicología y Sociología, Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España

<sup>e</sup> Unidad de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital San Jorge, Huesca, España

Recibido el 19 de julio de 2016; aceptado el 20 de diciembre de 2016

Disponible en Internet el 19 de abril de 2017

### PALABRAS CLAVE

Cuidados de larga  
duración;  
Dependencia;  
Salud pública;  
Salud familiar;  
Desigualdades

### Resumen

**Objetivos:** Los objetivos de este trabajo son analizar cómo influye el hecho de que en el hogar haya una persona dependiente en el estado de salud de las personas con quien convive y en los estilos de vida; compararlo con otras situaciones que impliquen dedicación de tiempo y energía, y analizar diferencias de género y edad en cada etapa del ciclo vital.

**Diseño:** Estudio descriptivo transversal analizando datos secundarios.

**Emplazamiento:** El método de recogida de información es el de entrevista personal asistida por ordenador en las viviendas seleccionadas, realizada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

**Participantes:** Un total de 19.351 individuos mayores de 25 años que realizaron la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 (ENSE 2011/2012).

**Mediciones principales:** Estudio llevado a cabo con datos sobre la sociedad española procedentes de la ENSE 2011/12. Como marco empírico, seleccionamos el modelo Logit, reportando los datos en odds ratio. Las estimaciones se repiten de manera independiente por submuestras de edad y género.

**Resultados:** La salud de las personas que conviven con una persona dependiente es peor que la de aquellas personas que no conviven (hasta 5 veces más riesgo de tener problemas de salud), especialmente si se es mujer, de edad avanzada, con un nivel educativo bajo o no trabaja. También ser cuidador reduce la probabilidad de mantener unos hábitos saludables como son el realizar ejercicio, el descanso o una dieta equilibrada.

**Conclusiones:** Por lo general, convivir con una persona dependiente reduce la probabilidad de mantener estilos de vida saludables y deteriora la salud. Encontramos importantes diferencias de género y edad.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

\* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: [waveuge@hotmail.com](mailto:waveuge@hotmail.com), [meestrada@salud.aragon.es](mailto:meestrada@salud.aragon.es) (M.E. Estrada Fernández).

**KEYWORDS**

Long-term care;  
Dependency;  
Public health;  
Family health;  
Inequalities

**Dependent relative: Effects on family health****Abstract**

**Objetives:** The purpose of this work is to analyse the effects on informal caregiver's health and lifestyle when living with a dependent person at home. A comparison will be made between this situation and other situations involving commitment of time and energy, taking into account gender and age differences in each stage of the life cycle.

**Design:** Cross-sectional study analysing secondary data.

**Setting:** The method used for collecting information is the computer assisted personal interview carried out in selected homes by the Ministry of Health, Social Services and Equality.

**Participants:** The study included 19,351 participants aged over 25 years who completed the 2011-2012 Spanish National Health Survey.

**Main measurements:** This research is based on demographic information obtained from a Spanish National Health Survey (2011/12). Using an empirical framework, the Logit model was select and the data reported as odds ratio. The estimations were repeated independently by sub-groups of age and gender.

**Results:** The study showed that the health of people who share their lives with a dependent person is worse than those who do not have any dependent person at home (they are 5 times at higher risk of developing health problems). The study found that being a woman, advance age, low educational level and does not work, also has an influence. Being a caregiver reduces the likelihood of maintaining a healthy lifestyle through physical exercise, relaxation, or eating a balanced diet.

**Conclusions:** Living with a dependent person reduces the likelihood of maintaining healthy lifestyles and worsens the state of health of family members. Significant differences in gender and age were found.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

**Introducción**

Los cambios sociodemográficos que han influido en España en los últimos años repercuten directa e indirectamente sobre la salud de la población, aumentando la incidencia de enfermedades crónicas y sus respectivos cuidados. La naturaleza del «cuidar» está íntimamente relacionada con la condición humana y su cultura, por lo que la presencia de un miembro de la familia en situación de dependencia puede llegar a afectar a los componentes del hogar, especialmente al «cuidador principal», que generalmente es mujer, con ingresos y carga laboral reducida<sup>1-5</sup>. Este impacto sufrido en el núcleo familiar supone cambios en la dinámica del hogar, quizá derivados por la adopción de nuevos roles junto con la pérdida de otros, asumiendo una responsabilidad inesperada.

Existe numerosa investigación que avala la relación negativa entre ser cuidador y estado de salud<sup>6-8</sup>, tanto en repercusiones físicas<sup>6,8-11</sup>, emocionales<sup>2,9,12-17</sup>, laborales<sup>2,15,18</sup>, de ocio<sup>18</sup> y en autocuidados<sup>12,14</sup> (destacando las alteraciones del sueño<sup>11,19</sup>, práctica de ejercicio físico<sup>3,20,21</sup> o alimentación<sup>20,22,23</sup>). Partiendo de esta tesitura, nos enfrentamos a una realidad en la que pueden verse comprometidas todas las esferas de la salud antes mencionadas, favoreciendo fenómenos como el conocido «síndrome del cuidador»<sup>24</sup>, y por el que el eje fundamental de las políticas sociales debería ir encaminado.

El objetivo de este trabajo es analizar cómo influye en la salud el hecho de que en el hogar haya una persona

dependiente y en la adopción de estilos de vida saludables (comparándolo con otras situaciones que también implican dedicación de tiempo y energía), así como analizar las diferencias de género y etapas de ciclo vital.

**Material y método**

Se ha llevado a cabo un estudio de diseño transversal analizando datos secundarios, centrando el trabajo empírico en la sociedad española mediante la Encuesta Nacional de Salud (ENSE, 2011/12), seleccionando individuos mayores de 25 años que hayan cumplimentado el Cuestionario de Adultos, resultando un total de 19.351 sujetos entrevistados a los que hemos agrupado en función del sexo y la edad. La encuesta dirigida por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad se lleva a cabo de tal modo que garantiza su fiabilidad a nivel nacional y de comunidad autónoma, mediante muestreo trietápico estratificado<sup>25</sup>.

Para el análisis del estudio se utiliza el programa estadístico STATA 11. Como marco empírico, se selecciona el modelo Logit, reportando los datos en odds ratio, repitiendo las estimaciones de manera independiente por submuestras de edad y género, utilizando variables dependientes de naturaleza dicotómica, de tal forma que los parámetros estimados nos informan del sentido e intensidad del efecto de la variable explicativa sobre la variable dependiente.

Para la variable edad, hemos definido 5 grupos utilizando como criterio las distintas etapas del ciclo vital de una

persona: adulto joven (25-39 años), adulto intermedio (40-49 años), adulto mayor (50-65 años), senecto (66-75 años) y geronte (> 75 años).

La primera aproximación al problema (Modelo 1) utilizará como variable dependiente 5 estimaciones independientes sobre la probabilidad de distintos indicadores de salud: *percepción mala salud* (autovaloración de la propia salud como mala/muy mala), *enfermedad crónica* (habiendo sido diagnosticado), *problemas calidad vida cotidiana* (*problemas CV cotidiana*) (tener dificultades para ello), *problemas calidad vida: malestar* (*problemas CV malestar*) (sentir malestar), y *problemas calidad vida: depresión* (*problemas CV depresión*) (sufrir depresión). Al tener naturaleza dicotómica, se adopta el valor 1 (si identifica el problema de salud) y 0 (en caso contrario).

$$P(\text{Indicador\_Salud} = 1|x) = G(x\beta_1) \quad (1)$$

Donde  $x$  representa un conjunto de variables explicativas y  $\beta$  sus parámetros asociados. El reto del presente trabajo consiste en estimar  $\beta$  de la manera más precisa posible.

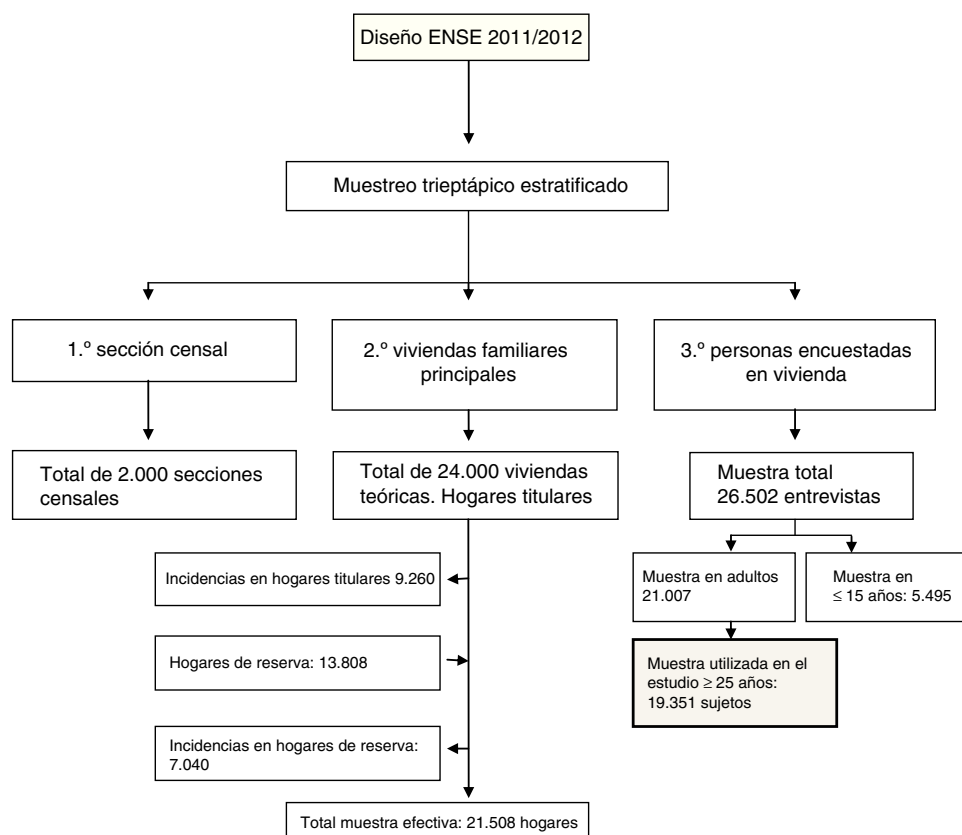
Las variables explicativas (variable independiente) para esta primera estimación (Modelo 1) nos informan si en el hogar reside una persona dependiente y sobre las características demográficas (grupo de edad-género),

socioeconómicas (estado civil y situación laboral) y lugar de residencia (agrupando las comunidades autónomas por cercanía geográfica). Además, agregamos adicionalmente otras variables independientes para una segunda estimación (Modelo 2), que nos indican si en el hogar reside un menor de 15 años (sin discapacidad o dependencia reconocida), y si el individuo entrevistado realiza tareas domésticas (para investigar si el impacto de que resida una persona dependiente en el hogar es mayor o menor en el estado de salud que el impacto de otros roles introducidos).

A continuación, repetiremos las estimaciones del Modelo 2 pero cambiando el estado de salud como variable dependiente por la adopción de hábitos saludables (Modelo 3): *ejercicio físico semanal*, *comer fruta diario* y *dormir 7/8 horas*. Continuamos con variables de naturaleza categórica (1/0), manteniendo la estimación de probabilidades mediante un modelo Logit.

$$P(\text{Comportamiento\_Salud} = 1|x) = G(x\beta_1) \quad (2)$$

Por último, repetiremos estimaciones del Modelo 2 por submuestras de género y grupos de edad, utilizando como variable dependiente los indicadores de salud (Modelo 4). Si existen diferencias de edad y género considerables, los valores estimados de  $\beta$  podrían diferir entre los distintos grupos poblacionales en intensidad.



**Esquema general del estudio:** se trata de una encuesta a través de una entrevista personal asistida por ordenador en las viviendas seleccionadas, con una muestra disponible de 19.351 individuos mayores de 25 años que realizaron la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 (ENSE 2011/2012), a través del cual se desarrolla el estudio transversal descriptivo.

## Resultados

### Estadísticos descriptivos

En la [tabla 1](#), podemos destacar que los primeros estadísticos descriptivos confirman que las mujeres presentan un peor estado de salud que los hombres, aumentando la brecha con la edad (sobre todo a partir de los 50 años). El porcentaje de la población que padece una *enfermedad crónica* es mayor que *percepción mala salud*, corroborando que el hecho de padecer una dolencia crónica no limita disfrutar de un nivel aceptable de bienestar.

En la [tabla 2](#) comprobamos que el porcentaje de personas que conviven con sujetos en situación de dependencia oscila del 3%, para el caso de las más jóvenes, al 17% en el caso de los más mayores. No hay prácticamente diferencias de género. En cuanto a la situación laboral, un dato

sorprendente es que hay más mujeres trabajadoras que hombres entre los más jóvenes (invirtiéndose a partir de los 40 años, relacionándose posiblemente con la edad reproductiva). En cuanto a los estilos de vida, la mayor parte de las mujeres afirman dedicar tiempo para las tareas domésticas (decaendo a los 66 años), y los porcentajes caen entre 30-40 puntos en hombres. Ellos practican más ejercicio semanal, y los más jóvenes más que los mayores, aunque los porcentajes son reducidos (solo el 15 y 8% de los hombres y mujeres con edades entre los 25-39 años). Se aprecia mejor alimentación en mayores, y un descanso menor en mujeres.

### Estimaciones realizadas

El hecho de que en el hogar resida una persona dependiente influye negativamente en el estado de salud de los integrantes del hogar (entre 1,7 y 5 veces más riesgo de sufrirlo

**Tabla 1** Variables sobre estado de salud y cuidados informales por edad y género

	Adulto joven (%)	Adulto intermedio (%)	Adulto mayor (%)	Senecto (%)	Geronte (%)
<b>Estado de salud</b>					
<i>Percepción mala salud</i>					
Hombre	12	19	31	39	58
Mujer	16	24	41	52	68
<i>Enfermedad crónica</i>					
Hombre	22	33	51	63	74
Mujer	29	42	59	71	79
<i>Problemas calidad vida: actividad cotidiana</i>					
Hombre	1	2	5	5	19
Mujer	1	3	7	11	31
<i>Problemas calidad vida: malestar</i>					
Hombre	4	6	11	12	22
Mujer	6	11	21	29	38
<i>Problemas calidad vida: depresión</i>					
Hombre	2	4	5	3	7
Mujer	4	7	12	14	15
<b>Actividades saludables</b>					
<i>Ejercicio físico semanal</i>					
Hombre	15	10	7	5	3
Mujer	8	8	5	4	2
<i>Consumo diario fruta</i>					
Hombre	62	69	77	82	82
Mujer	72	79	85	87	85
<i>Dormir 7/8 horas</i>					
Hombre	73	66	66	57	44
Mujer	69	69	60	52	46
<b>Trabajo informal y doméstico</b>					
<i>Persona dependiente</i>					
Hombre	3	4	6	7	15
Mujer	3	5	8	8	17
<i>Menor 15 años (sin dependencia)</i>					
Hombre	39	51	10	2	2
Mujer	51	51	6	4	1
<i>Tareas domésticas</i>					
Hombre	61	61	50	47	38
Mujer	89	91	92	88	63

Fuente: Encuesta Nacional de Salud (2011/12). Elaboración propia.

**Tabla 2** Principales variables sociodemográficas por edad y género

	Adulto joven (%)	Adulto intermedio (%)	Adulto mayor (%)	Senecto (%)	Geronte (%)
<i>Casado</i>					
Hombre	44,84	64,29	71,29	73,58	63,61
Mujer	49,67	65,27	64,16	54,16	25,13
<i>Soltero</i>					
Hombre	51,92	25,73	16,19	12,95	7,78
Mujer	44,44	19,13	11,49	6,93	7,05
<i>Divorciado</i>					
Hombre	2,99	9,61	9,07	5,60	2,31
Mujer	5,69	12,65	12,71	4,03	1,29
<i>Viudo</i>					
Hombre	0,13	0,26	3,32	7,87	26,30
Mujer	0,13	2,85	11,49	34,76	66,38
<i>Sin estudios</i>					
Hombre	7,49	7,55	13,30	27,65	44,54
Mujer	5,77	7,00	14,82	32,05	49,40
<i>Estudios primarios</i>					
Hombre	6,99	7,50	14,46	22,05	25,46
Mujer	6,65	7,83	15,14	22,04	23,41
<i>Estudios secundarios</i>					
Hombre	66,23	66,24	58,25	40,94	24,17
Mujer	65,68	65,27	56,90	38,41	24,22
<i>Estudios universitarios</i>					
Hombre	18,95	18,33	13,82	9,36	5,83
Mujer	21,66	19,70	13,02	7,49	2,88
<i>Trabajador</i>					
Hombre	61,05	64,76	49,14	2,71	0,37
Mujer	67,43	63,45	37,69	1,57	0,05
<i>Parado</i>					
Hombre	16,67	14,63	13,64	0,00	0,00
Mujer	15,89	15,03	10,12	0,06	0,00
<i>Jubilado</i>					
Hombre	11,41	9,56	23,79	89,50	92,50
Mujer	7,65	9,43	36,55	80,73	78,94
<i>Ama de casa</i>					
Hombre	8,34	7,66	8,12	7,26	6,94
Mujer	6,73	8,40	11,10	17,00	20,82
<i>Otra situación laboral</i>					
Hombre	2,36	3,28	5,22	0,52	0,00
Mujer	2,26	3,47	4,43	0,57	0,14

Fuente: Encuesta Nacional de Salud (2011/12). Elaboración propia.

dependiendo del indicador de salud analizado). La presencia de menores de 15 años (sin dependencia) o dedicar tiempo a las tareas domésticas no repercute negativamente en el estado de salud, resultando un odds ratio < 1 (tablas 3 y 4).

Entre las principales características que influyen negativamente en los determinantes de salud destacamos ser mujer, de edad avanzada, con un nivel educativo bajo y no trabajar. Ser mujer aumentaría el riesgo de padecer problemas de salud de entre 1,5 a 3 veces más dependiendo

del indicador analizado. En cuanto a la edad, se observa un empeoramiento de la salud conforme se avanza en años, sobre todo en calidad de vida cotidiana, con un 4,39 más de riesgo en gerontes (IC 95%: 3,25-5,93). Por otro lado, niveles superiores de estudios mejoran todos los indicadores de salud de forma progresiva, excepto *enfermedad crónica*, siendo la percepción de mala salud y problemas de vida cotidianos los más afectados en el caso de niveles bajos (un 2,5 y 2,59 más de riesgo de padecerlos). Trabajar resulta

**Tabla 3** Determinantes problemas de salud. Modelo 1

	Percepción mala salud			Enfermedad crónica			Problemas CV cotidiana			Problemas CV malestar			Problemas CV depresión		
	OR	(IC 95%)	p > z	OR	(IC 95%)	p > z	OR	(IC 95%)	p > z	OR	(IC 95%)	p > z	OR	(IC 95%)	p > z
Persona dependiente <sup>a</sup>	1,89	(1,67-2,13)	0,00	1,81	(1,58-2,07)	0,00	6,66	(5,77-7,69)	0,00	2,33	(2,05-2,65)	0,00	2,58	(2,21-3,01)	0,00
Mujer	1,49	(1,39-1,60)	0,00	1,39	(1,30-1,48)	0,00	1,55	(1,35-1,76)	0,00	2,13	(1,94-2,34)	0,00	2,18	(1,92-2,48)	0,00
Hombre	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Adulto joven	0,61	(0,54-0,69)	0,00	0,58	(0,53-0,64)	0,00	0,49	(0,34-0,69)	0,00	0,62	(0,51-0,74)	0,00	0,63	(0,50-0,78)	0,00
Adulto intermedio	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Adulto mayor	1,79	(1,62-1,98)	0,00	1,89	(1,72-2,07)	0,00	1,89	(1,48-2,42)	0,00	1,91	(1,65-2,21)	0,00	1,33	(1,11-1,60)	0,00
Senectos	2,34	(2,04-2,68)	0,00	2,83	(2,49-3,22)	0,00	2,51	(1,87-3,36)	0,00	2,62	(2,18-3,16)	0,00	1,16	(0,92-1,46)	0,21
Gerontos	4,23	(3,67-4,88)	0,00	4,41	(3,83-5,08)	0,00	7,47	(5,64-9,90)	0,00	3,87	(3,21-4,66)	0,00	1,06	(0,84-1,35)	0,62
Casado	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Soltero	1,01	(0,92-1,11)	0,83	0,99	(0,91-1,07)	0,76	1,11	(0,91-1,35)	0,30	0,94	(0,83-1,08)	0,39	1,32	(1,12-1,55)	0,00
Divorciado	1,24	(1,09-1,41)	0,00	1,01	(0,89-1,13)	0,93	1,21	(0,93-1,58)	0,16	1,26	(1,06-1,49)	0,01	1,82	(1,49-2,22)	0,00
Viudo	1,06	(0,96-1,18)	0,24	1,06	(0,95-1,19)	0,30	1,53	(1,31-1,78)	0,00	1,13	(1,01-1,28)	0,04	1,70	(1,44-1,99)	0,00
Sin estudios	2,52	(2,20-2,89)	0,00	1,05	(0,93-1,19)	0,40	2,20	(1,62-2,98)	0,00	2,22	(1,84-2,69)	0,00	1,92	(1,50-2,46)	0,00
Estudios primarios	2,05	(1,78-2,35)	0,00	1,10	(0,97-1,25)	0,12	1,79	(1,30-2,45)	0,00	1,72	(1,41-2,09)	0,00	1,69	(1,31-2,18)	0,00
E. secundarios	1,61	(1,44-1,81)	0,00	1,12	(1,02-1,23)	0,01	1,73	(1,28-2,32)	0,00	1,80	(1,51-2,14)	0,00	1,35	(1,08-1,69)	0,01
E. universitarios	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Trabajador	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Parado	1,46	(1,29-1,65)	0,00	1,17	(1,05-1,30)	0,01	1,43	(1,01-2,00)	0,04	1,39	(1,17-1,66)	0,00	2,14	(1,72-2,65)	0,00
Jubilado	1,31	(1,17-1,46)	0,00	1,34	(1,22-1,49)	0,00	1,59	(1,23-2,05)	0,00	1,22	(1,05-1,41)	0,01	1,75	(1,44-2,13)	0,00
Ama de casa	1,17	(1,03-1,33)	0,02	1,32	(1,18-1,49)	0,00	1,27	(0,95-1,70)	0,10	1,12	(0,94-1,33)	0,22	1,57	(1,25-1,98)	0,00
Otra situación laboral	3,35	(2,74-4,09)	0,00	3,04	(2,48-3,74)	0,00	5,90	(4,29-8,11)	0,00	3,48	(2,76-4,39)	0,00	5,05	(3,87-6,59)	0,00
Madrid	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Norte	1,13	(1,00-1,29)	0,05	1,02	(0,91-1,14)	0,75	1,54	(1,18-1,99)	0,00	0,82	(0,70-0,97)	0,02	1,02	(0,82-1,27)	0,85
Sur	1,23	(1,08-1,41)	0,00	1,13	(1,00-1,28)	0,05	1,78	(1,36-2,34)	0,00	0,94	(0,79-1,12)	0,49	0,97	(0,76-1,22)	0,77
Centro	0,97	(0,85-1,11)	0,67	0,91	(0,80-1,02)	0,12	1,12	(0,86-1,48)	0,40	0,77	(0,65-0,91)	0,00	0,75	(0,59-0,95)	0,02
Este	1,10	(0,97-1,25)	0,13	1,27	(1,13-1,43)	0,00	1,33	(1,02-1,73)	0,04	0,96	(0,82-1,13)	0,66	1,21	(0,97-1,50)	0,08
Islas	1,31	(1,12-1,53)	0,00	1,00	(0,87-1,16)	0,96	1,95	(1,44-2,63)	0,00	1,16	(0,95-1,40)	0,14	1,23	(0,95-1,58)	0,11
Constante	0,10	(0,09-0,12)	0,00	0,37	(0,33-0,43)	0,00	0,00	(0,00-0,01)	0,00	0,03	(0,02-0,04)	0,00	0,01	(0,01-0,02)	0,00
Pseudo R <sup>2</sup>	0,143			0,124			0,265			0,134			0,100		

Incluidas variables *dummy* regionales, de tal forma que «Madrid» indica residir en la Comunidad Autónoma de Madrid; «Norte» en Principado de Asturias, Cantabria, Galicia, Navarra o País Vasco; «Sur» en Andalucía, Región de Murcia, Ceuta o Melilla; «Centro» en Castilla La-Mancha, Castilla León, Extremadura o la Rioja; «Este» en Aragón, Cataluña o Comunidad Valenciana, e «Islas» en las Islas Canarias o Baleares.

CV: calidad de vida; IC 95%: intervalo de confianza al 95%; OR: odds ratios; p: significación estadística.

<sup>a</sup> Variable de referencia.

**Tabla 4** Determinantes problemas de salud. Modelo 2

	Percepción mala salud			Enfermedad crónica			Problemas CV cotidiana			Problemas CV malestar			Problemas CV depresión		
	OR	(IC 95%)	p > z	OR	(IC 95%)	p > z	OR	(IC 95%)	p > z	OR	(IC 95%)	p > z	OR	(IC 95%)	p > z
Persona dependiente <sup>a</sup>	1,76	(1,56-2,00)	0,00	1,75	(1,53-2,00)	0,00	5,04	(4,32-5,88)	0,00	2,08	(1,83-2,38)	0,00	2,34	(2,00-2,74)	0,00
Menor 15 años (sin disc.)	0,79	(0,71-0,88)	0,00	0,88	(0,80-0,96)	0,01	0,60	(0,45-0,80)	0,00	0,91	(0,78-1,05)	0,20	0,86	(0,71-1,05)	0,13
Tareas domésticas	0,70	(0,64-0,76)	0,00	0,82	(0,76-0,88)	0,00	0,18	(0,16-0,21)	0,00	0,61	(0,55-0,67)	0,00	0,66	(0,57-0,75)	0,00
Mujer	1,70	(1,58-1,84)	0,00	1,49	(1,39-1,59)	0,00	3,01	(2,58-3,50)	0,00	2,57	(2,32-2,84)	0,00	2,53	(2,20-2,90)	0,00
Hombre	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Adulto joven	0,61	(0,54-0,68)	0,00	0,58	(0,52-0,64)	0,00	0,43	(0,30-0,62)	0,00	0,61	(0,51-0,73)	0,00	0,62	(0,50-0,77)	0,00
Adulto intermedio	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Adulto mayor	1,62	(1,45-1,81)	0,00	1,78	(1,61-1,96)	0,00	1,56	(1,20-2,04)	0,00	1,82	(1,55-2,13)	0,00	1,26	(1,04-1,53)	0,02
Senectos	2,13	(1,84-2,45)	0,00	2,69	(2,35-3,08)	0,00	1,93	(1,42-2,63)	0,00	2,48	(2,04-3,02)	0,00	1,09	(0,86-1,39)	0,49
Gerontes	3,64	(3,13-4,22)	0,00	4,05	(3,49-4,69)	0,00	4,39	(3,25-5,93)	0,00	3,35	(2,75-4,08)	0,00	0,90	(0,70-1,16)	0,42
Casado	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Soltero	0,96	(0,87-1,06)	0,38	0,95	(0,87-1,04)	0,26	1,02	(0,83-1,26)	0,85	0,93	(0,81-1,07)	0,30	1,27	(1,07-1,50)	0,01
Divorciado	1,25	(1,10-1,43)	0,00	1,01	(0,89-1,14)	0,90	1,32	(1,00-1,75)	0,05	1,30	(1,10-1,53)	0,00	1,83	(1,50-2,24)	0,00
Viudo	1,06	(0,95-1,18)	0,29	1,06	(0,95-1,19)	0,29	1,41	(1,19-1,66)	0,00	1,12	(0,99-1,26)	0,07	1,67	(1,42-1,96)	0,00
Sin estudios	2,54	(2,22-2,91)	0,00	1,05	(0,93-1,19)	0,42	2,69	(1,96-3,67)	0,00	2,29	(1,90-2,78)	0,00	1,98	(1,55-2,53)	0,00
Estudios primarios	2,06	(1,79-2,36)	0,00	1,10	(0,97-1,24)	0,15	2,16	(1,56-2,98)	0,00	1,78	(1,46-2,16)	0,00	1,73	(1,34-2,23)	0,00
E. secundarios	1,65	(1,47-1,85)	0,00	1,13	(1,03-1,24)	0,01	2,07	(1,53-2,81)	0,00	1,87	(1,57-2,22)	0,00	1,40	(1,12-1,75)	0,00
E. universitarios	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Trabajador	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Parado	1,50	(1,33-1,69)	0,00	1,18	(1,06-1,32)	0,00	1,66	(1,18-2,34)	0,00	1,43	(1,20-1,71)	0,00	2,19	(1,76-2,72)	0,00
Jubilado	1,25	(1,12-1,40)	0,00	1,31	(1,18-1,45)	0,00	1,51	(1,17-1,95)	0,00	1,19	(1,03-1,39)	0,02	1,70	(1,40-2,07)	0,00
Ama de casa	1,14	(1,00-1,30)	0,05	1,30	(1,16-1,47)	0,00	1,24	(0,93-1,67)	0,15	1,11	(0,93-1,32)	0,25	1,55	(1,23-1,94)	0,00
Otra situación laboral	3,32	(2,72-4,06)	0,00	3,03	(2,46-3,72)	0,00	6,37	(4,59-8,83)	0,00	3,53	(2,80-4,45)	0,00	5,02	(3,84-6,56)	0,00
Madrid	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Norte	1,15	(1,01-1,30)	0,03	1,02	(0,91-1,15)	0,71	1,73	(1,32-2,27)	0,00	0,84	(0,71-0,99)	0,04	1,04	(0,84-1,30)	0,71
Sur	1,24	(1,08-1,42)	0,00	1,13	(1,00-1,28)	0,05	1,76	(1,33-2,34)	0,00	0,93	(0,79-1,11)	0,44	0,97	(0,76-1,22)	0,77
Centro	0,98	(0,86-1,12)	0,74	0,91	(0,80-1,02)	0,11	1,21	(0,91-1,60)	0,20	0,78	(0,65-0,92)	0,00	0,76	(0,60-0,96)	0,02
Este	1,13	(0,99-1,28)	0,06	1,29	(1,14-1,45)	0,00	1,53	(1,16-2,01)	0,00	0,99	(0,85-1,17)	0,94	1,24	(1,00-1,55)	0,05
Islas	1,34	(1,15-1,56)	0,00	1,01	(0,88-1,17)	0,86	2,15	(1,57-2,94)	0,00	1,18	(0,97-1,43)	0,09	1,26	(0,98-1,63)	0,07
Constante	0,14	(0,12-0,17)	0,00	0,45	(0,39-0,53)	0,00	0,01	(0,01-0,02)	0,00	0,04	(0,03-0,05)	0,00	0,02	(0,01-0,03)	0,00
Pseudo R <sup>2</sup>	0,147			0,125			0,322			0,139			0,104		

Incluidas variables *dummy* regionales, de tal forma que «Madrid» indica residir en la Comunidad Autónoma de Madrid; «Norte» en Principado de Asturias, Cantabria, Galicia, Navarra o País Vasco; «Sur» en Andalucía, Región de Murcia, Ceuta o Melilla; «Centro» en Castilla La-Mancha, Castilla León, Extremadura o la Rioja; «Este» en Aragón, Cataluña o Comunidad Valenciana, e «Islas» en las Islas Canarias o Baleares.

CV: calidad de vida; IC 95%: intervalo de confianza al 95%; OR: odds ratios; p: significación estadística.

<sup>a</sup> Variable de referencia.



ser un factor protector para la mala salud en relación con todas las categorías relativas al estado laboral, y cuidadores en paro pueden llegar a presentar un 2,19 más de probabilidad de sufrir depresión (IC 95%: 1,76-2,72). Estar casado puede actuar como factor protector (menos probabilidad de manifestar problemas de salud, sobre todo en depresión y malestar). En consonancia, estar divorciado repercute negativamente en la *percepción mala salud*.

En la [tabla 5](#) analizamos cómo repercute en la adopción de buenos hábitos realizar tareas domésticas y vivir con un dependiente y/o un menor de edad. En general, los coeficientes son estadísticamente significativos para todos los indicadores, observándose una reducción de la probabilidad de fomentar el autocuidado diario. Las mujeres y las personas más mayores realizan menos ejercicio regular (OR de 0,6 y 0,2 respectivamente) y duermen menos (OR de 0,8 y 0,5 respectivamente) que los hombres y personas

más jóvenes, pero se alimentan mejor que estos, con un OR de 1,6 (IC 95%: 1,57-1,83) y 1,7 (IC 95%: 1,45-2,04).

El nivel educativo actúa de nuevo como un factor protector, de modo que a mayor nivel educativo, mejor adopción de hábitos saludables en los 3 niveles de forma progresiva. En cuanto al estado civil, los datos más significativos apuntan a que estar casado fomenta el hábito de alimentación sana, al contrario que estar divorciado.

La situación laboral activa influye de forma importante fomentando el descanso, y ser jubilado (versus ser trabajador) la práctica de ejercicio físico (con un 1,4 más de probabilidad de realizarlo, IC 95%: 1,17-1,68) y el consumo de fruta-verdura diario (1,22 más de probabilidad de llevarlo a cabo, IC 95%: 1,09-1,38). Estar parado perjudica el consumo de alimentos sanos y el descanso.

Por último, repetimos las estimaciones por sexo y etapas del ciclo vital ([tabla 6](#)). Destacamos que residir con una persona dependiente afecta negativamente al bienestar

**Tabla 5** Determinantes de actividades saludables. Modelo 3

	Ejercicio físico semanal			Consumo diario fruta			Dormir 7/8 horas		
	OR	(IC 95%)	p > z	OR	(IC 95%)	p > z	OR	(IC 95%)	p > z
Persona dependiente <sup>a</sup>	0,56	(0,40-0,78)	0,00	0,80	(0,70-0,92)	0,00	0,67	(0,60-0,76)	0,00
Menor 15 años (sin disc.)	0,75	(0,65-0,88)	0,00	0,92	(0,83-1,01)	0,08	1,01	(0,92-1,10)	0,86
Tareas domésticas	1,07	(0,94-1,23)	0,29	0,86	(0,79-0,93)	0,00	1,10	(1,02-1,18)	0,01
Mujer	0,60	(0,53-0,68)	0,00	1,69	(1,57-1,83)	0,00	0,89	(0,83-0,95)	0,00
Hombre	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Adulto joven	1,23	(1,06-1,43)	0,01	0,72	(0,66-0,80)	0,00	1,14	(1,04-1,26)	0,01
Adulto intermedio	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Adulto mayor	0,64	(0,53-0,77)	0,00	1,41	(1,26-1,59)	0,00	0,87	(0,79-0,96)	0,01
Senectos	0,46	(0,35-0,60)	0,00	1,71	(1,45-2,01)	0,00	0,65	(0,57-0,75)	0,00
Gerontes	0,27	(0,20-0,38)	0,00	1,72	(1,45-2,04)	0,00	0,52	(0,45-0,60)	0,00
Casado	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Soltero	1,12	(0,97-1,31)	0,13	0,75	(0,68-0,83)	0,00	1,01	(0,92-1,10)	0,85
Divorciado	1,06	(0,85-1,32)	0,61	0,70	(0,61-0,80)	0,00	0,89	(0,79-1,00)	0,05
Viudo	1,03	(0,79 - 1,34)	0,81	0,74	(0,65-0,85)	0,00	0,93	(0,84-1,03)	0,14
Sin estudios	0,28	(0,22-0,36)	0,00	0,58	(0,50-0,67)	0,00	0,68	(0,60-0,76)	0,00
Estudios primarios	0,35	(0,28-0,44)	0,00	0,70	(0,60-0,81)	0,00	0,77	(0,68-0,87)	0,00
E. secundarios	0,53	(0,47-0,61)	0,00	0,84	(0,76-0,94)	0,00	0,79	(0,72-0,87)	0,00
E. universitarios	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Trabajador	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Parado	0,93	(0,77-1,12)	0,45	0,76	(0,68-0,85)	0,00	0,86	(0,77-0,96)	0,01
Jubilado	1,40	(1,17-1,68)	0,00	1,22	(1,09-1,38)	0,00	0,88	(0,80-0,97)	0,01
Ama de casa	1,09	(0,87-1,36)	0,44	1,15	(1,01-1,32)	0,04	0,92	(0,82-1,03)	0,16
Otra situación laboral	0,96	(0,67-1,39)	0,84	0,80	(0,65-0,98)	0,03	0,62	(0,51-0,75)	0,00
Madrid	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Norte	0,46	(0,37-0,56)	0,00	0,98	(0,86-1,12)	0,78	1,08	(0,97-1,21)	0,16
Sur	0,59	(0,48-0,73)	0,00	0,62	(0,54-0,71)	0,00	1,10	(0,98-1,24)	0,11
Centro	0,85	(0,70-1,03)	0,09	1,09	(0,95-1,26)	0,21	1,12	(1,00-1,26)	0,05
Este	0,67	(0,55-0,80)	0,00	0,85	(0,74-0,97)	0,02	1,04	(0,93-1,16)	0,54
Islas	1,01	(0,80-1,26)	0,96	0,81	(0,69-0,95)	0,01	1,03	(0,89-1,18)	0,70
Constante	0,32	(0,25-0,40)	0,00	4,19	(3,51-4,99)	0,00	2,58	(2,21-3,00)	0,00
Pseudo R <sup>2</sup>		0,070			0,050			0,033	

Incluidas variables *dummy* regionales, de tal forma que «Madrid» indica residir en la Comunidad Autónoma de Madrid; «Norte» en Principado de Asturias, Cantabria, Galicia, Navarra o País Vasco; «Sur» en Andalucía, Región de Murcia, Ceuta o Melilla; «Centro» en Castilla La-Mancha, Castilla León, Extremadura o la Rioja; «Este» en Aragón, Cataluña o Comunidad Valenciana, e «Islas» en las Islas Canarias o Baleares.

IC 95%: intervalo de confianza al 95%; OR: odds ratios; p: significación estadística.

<sup>a</sup> Variable de referencia.



**Tabla 6** Impacto de que en el hogar haya una persona dependiente en el estado de salud de subgrupos poblacionales por edad y género. Modelo 4

	Adulto joven			Adulto intermedio			Adulto mayor			Senecto			Geronte		
	OR	(IC 95%)	p > z	OR	(IC 95%)	p > z	OR	(IC 95%)	p > z	OR	(IC 95%)	p > z	OR	(IC 95%)	p > z
<b>Persona dependiente en:</b>															
<i>Percepción mala salud</i>															
Mujer	1,99	(1,14-3,46)	0,02	1,04	(0,64-1,70)	0,88	1,71	(1,24-2,35)	0,00	2,55	(1,67-3,89)	0,00	0,23	(0,13-0,34)	0,00
Hombre	2,46	(1,44-4,20)	0,00	1,55	(0,88-2,71)	0,13	1,47	(1,02-2,12)	0,04	1,65	(1,04-2,61)	0,03	2,26	(1,54-3,30)	0,00
<i>Enfermedad crónica</i>															
Mujer	1,78	(1,08-2,92)	0,02	1,11	(0,71-1,74)	0,66	1,63	(1,15-2,31)	0,01	2,07	(1,28-3,35)	0,00	2,57	(1,79-3,69)	0,00
Hombre	3,46	(2,14-5,60)	0,00	1,70	(1,02-2,84)	0,04	1,47	(1,00-2,16)	0,05	1,57	(0,95-2,58)	0,08	1,64	(1,06-2,53)	0,03
<i>Problemas calidad de vida: actividades cotidianas</i>															
Mujer	15,62	(5,04-48,42)	0,00	3,28	(1,46-7,38)	0,00	2,56	(1,66-3,95)	0,00	4,61	(2,99-7,11)	0,00	11,10	(8,44-14,59)	0,00
Hombre	20,71	(8,68-49,44)	0,00	6,95	(2,57-18,80)	0,00	5,23	(3,15-8,70)	0,00	12,36	(6,64-23,00)	0,00	7,94	(5,43-11,63)	0,00
<i>Problemas calidad de vida: malestar</i>															
Mujer	2,30	(1,05-5,04)	0,04	1,50	(0,83-2,72)	0,18	1,45	(1,03-2,05)	0,04	1,92	(1,32-2,80)	0,00	3,56	(2,79-4,54)	0,00
Hombre	3,31	(1,49-7,36)	0,00	2,27	(0,97-5,31)	0,06	1,95	(1,26-3,04)	0,00	1,90	(1,07-3,39)	0,03	3,05	(2,12-4,38)	0,00
<i>Problemas calidad de vida: depresión</i>															
Mujer	2,45	(1,10-5,44)	0,03	2,16	(1,14-4,08)	0,02	2,00	(1,37-2,92)	0,00	3,53	(2,33-5,35)	0,00	2,18	(1,63-2,92)	0,00
Hombre	2,26	(0,81-6,33)	0,12	4,29	(1,88-9,83)	0,00	3,77	(2,27-6,25)	0,00	2,89	(1,17-7,11)	0,02	4,38	(2,62-7,34)	0,00

Hemos llevado a cabo estimaciones independientes para cada coeficiente incluyendo variables relativas al estado civil, nivel educativo, situación laboral y zona de residencia.  
IC 95%: intervalo de confianza al 95%; OR: odds ratios; p: significación estadística.

de hombres y mujeres de todas las edades, aumentando el impacto con la edad y con más intensidad en mujeres.

No obstante, se dan excepciones importantes. Los jóvenes varones encuestados son más sensibles al hecho de residir con un dependiente con respecto a sufrir alguna *enfermedad crónica* que los hombres mayores que ellos (3,46 más de riesgo, IC 95%: 2,14-5,60). Este indicador aumenta progresivamente con la edad en mujeres, hasta un riesgo de 2,57 veces más que la población general (IC 95%: 1,79-3,69). En cuanto a las diferencias de género, es importante tener en cuenta los resultados dependiendo del indicador de bienestar. Por lo general, la salud de las mujeres es más sensible que la de los hombres (excepto en la *percepción mala salud*, en sufrir *enfermedades crónicas* y en padecer *malestar*, que es mayor para los jóvenes varones que para las mujeres del mismo grupo de edad).

Los problemas de calidad de vida cotidianos resultan significativos de forma importante en todas las etapas de la vida y en sexo, aumentando progresivamente en intensidad (obteniendo un riesgo entre un 10 y un 20 más que siendo no cuidador), a excepción de los hombres a partir de la senectud. En cuanto a la depresión, repercute en las mujeres en todos los grupos de edad, siendo significativa en hombre entre los 40-65 años, y sobre todo a partir de los 50.

Solo se han explicado aquellos resultados que son estadísticamente significativos. El p-valor nos permite analizar la significatividad individual de los coeficientes estimados, de tal modo que, por ejemplo, si el p-valor es inferior o igual a 0,01, el coeficiente estimado será estadísticamente significativo al 1%. El p-valor revela que el 67 y el 61% de los coeficientes estimados para las [tablas 3 y 4](#) son significativos al 1%. Si se relaja el nivel de significatividad al 10%, dichos porcentajes se incrementan al 79 y 72%. Por todo ello, la bondad de ajuste individual es alta. En cuanto a la bondad de ajuste global, la pseudo  $R^2$  indica que esta es alta para la estimación de la [tabla 3](#). En el caso de la [tabla 4](#), es más reducida, pero dentro de lo aceptable para el caso de estimaciones con corte transversal.

## Discusión

En este trabajo aportamos evidencia empírica que demuestra que, independientemente de ser cuidador o no, la salud de quienes conviven con una persona dependiente es peor que la de aquellas que no tienen dependientes en su hogar, como apuntan otros estudios<sup>2,8,13,17</sup>, incluso en comparación con otros condicionantes que puedan restringir tiempo e implicación personal en el hogar, validando así la hipótesis inicial del trabajo. Esta última comparación habría que tomarla con precaución, puesto que ser padres de menores y realizar tareas es indicador de movilidad. Corroboramos que además de lo anterior, residir con una persona dependiente afecta a hombres y mujeres de todas las edades, aumentando el impacto con la edad, pero destaca más el sector femenino y especialmente las mayores, quienes son más vulnerables a esta situación, datos que coinciden con la revisión de la literatura<sup>1-5</sup>. Este aumento progresivo con la edad quizá se deba a que los costes en salud son superiores,

se ha soportado la situación durante mayor tiempo o por el aumento de la intensidad de los cuidados.

De manera complementaria, los datos que se muestran en este estudio manifiestan un descenso de los autocuidados diarios en estas personas que conviven con un familiar dependiente (analizado a través de aspectos relacionados con la dieta, el descanso y el ejercicio físico), coincidiendo con otras investigaciones a pesar de ser escasas<sup>4,14,19,20,26</sup>. Las mujeres y personas con mayor edad se alimentan peor, quizá relacionado con un empeoramiento de la salud por evolución natural, por disminución del tiempo disponible, o por posible sobrecarga del cuidador.

Por último, resulta necesario destacar datos concluyentes en este trabajo, como los problemas de calidad de vida en actividades cotidianas (significativo en todas las etapas de la vida y sexo, empeorando con la edad sobre todo en mujeres), o la tendencia a la disminución de la calidad de vida referente a la depresión (empeorando en mujeres a los 50 años y hombres entre 40 y 65). Otros parámetros como percepción de mala salud destacan también diferencias de género, siendo mayor en mujeres a partir de los 50 años, y en hombres jóvenes o gerontes, datos similares a los de padecer enfermedad crónica. Esto quizá pueda deberse al transcurso de la vida o por la posible sobrecarga del cuidador. Estudios consultados muestran resultados similares, pero sin especificar diferencias de género y edad, aspecto novedoso del presente trabajo<sup>7,13,27</sup>.

Ante esta situación que se muestra, resulta necesario que desde las instituciones públicas se continúen llevando a cabo políticas de género que promuevan la distribución equitativa de las cargas familiares, así como fomentar estudios similares que pongan en relieve la realidad actual del país en materia de salud del cuidador. Las aportaciones de este trabajo desvelan una situación social española en relación con los cuidados informales en la que emerge el descenso de autocuidados diarios, empeorando la salud física y psicológica que, a su vez, retroalimenta y empeora la situación estresante vivida, acompañado de unas desigualdades económicas desencadenadas<sup>2</sup>. A esta discrepancia a nivel económico, que puede potenciarse a raíz de una reducción de ingresos que supone el cuidar, aumento de gastos o dificultades de salida al mundo laboral, entre otros, se suman el obstáculo presente ante la gestión de la ayuda de dependencia<sup>28</sup>. Queda demostrado en la literatura que personas con menores rentas presentan peores estados de salud, además de un acceso más restringido a bienes y servicios sanitarios privados<sup>29</sup>, retroalimentando la situación y existiendo un desequilibrio entre aspectos físicos, psicológicos y sociales que desencadenan en enfermedades propias del cuidador. La ausencia de evaluación de los costes del cuidado informal, tanto a nivel de salud como laboral o de calidad de vida<sup>30</sup>, dificultan el desarrollo de programas específicos para fortalecer el diseño y la sostenibilidad del cuidado informal a nivel político.

Como limitaciones de este estudio y para futuras investigaciones, sería adecuado realizar comparaciones con otras olas de ENSE para apreciar cambios y diferencias entre periodos. No se pudo realizar esta comparación con olas anteriores al no coincidir exactamente las preguntas sobre trabajo reproductivo, que aun siendo similares, no son comparables.

## Lo conocido sobre el tema

- Los cuidados informales provocan un efecto negativo en la salud y sobrecarga del cuidador.
- Estos cuidados suelen ser mayores en las mujeres, por lo que son ellas las que soportan este efecto. La edad media de los cuidadores suele variar en función del estudio, existiendo gran diversidad de datos.
- Aunque hay escasos estudios, repercute el cuidado en los autocuidados.

## Qué aporta este estudio

- Actualización de la situación española sobre las personas que conviven con una persona dependiente según la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 (ENSE 2011-2012).
- Desarrollo y muestra del impacto en la salud de forma detallada y los autocuidados personales analizados por grupos de edad y ciclo vital, en personas que conviven con un dependiente, en comparación con otras situaciones.
- Existencia de grandes desigualdades de género en el ámbito, así como por grupos de edad.

## Conflicto de intereses

No existen conflictos de interés.

## Agradecimientos

Las autoras agradecen los comentarios recibidos por los participantes en el II Grupo de Trabajo de Economía de la Salud organizado en la Universidad de Santander, 2015.

## Bibliografía

1. Catalán MP, Garrote AI. Revisión de los cuidados informales. Descubriendo al cuidador principal. *Nure Inv.* 2012;9:1-12.
2. García-Calvente MM, Mateo-Rodríguez I, Eguiguren AP. El sistema informal de cuidados es clave de desigualdad. *Gac Sanit.* 2004;18:132-9.
3. McCurry SM, Logsdon RG, Teri L, Vitiello MV. Sleep disturbances in caregivers of persons with dementia: Contributing factors and treatment implications. *Sleep Med Rev.* 2007;11:143-53.
4. Roca M, Úbeda I, Fuentesaz C, López R, Pont A, García L, et al. Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares. *Aten Primaria.* 2000;26:217-23.
5. Son KY, Park SM, Lee CH, Choi GJ, Lee D, Jo S, et al. Behavioral risk factors and use of preventive screening services among spousal caregivers of cancer patients. *Support Care Cancer.* 2011;19:919-27.
6. Fonareva I, Oken BS. Physiological and functional consequences of caregiving for relatives with dementia. *Int Psychogeriatr.* 2014;26:725-47.
7. Úbeda I, Roca M. ¿Cómo repercute el cuidar en los cuidadores familiares de personas dependientes? *Nursing.* 2008;26:62-6.
8. Vitaliano PP, Zhang J, Scanlan JM. Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. *Psychol Bull.* 2003;129:946-72.
9. Gouin JP, Glaser R, Malarkey WB, Beversdorf D, Kiecolt-Glaser J. Chronic stress, daily stressors, and circulating inflammatory markers. *Health Psychol.* 2012;31:264-8.
10. Tomiyama AJ, O'Donovan A, Lin J, Puterman E, Lazaro A, Chan J, et al. Does cellular aging relate to patterns of allostasis? An examination of basal and stress reactive HPA axis activity and telomere length. *Physiol Behav.* 2012;106:40-5.
11. Von Känel R, Mausbach BT, Dimsdale JE, Mills PJ, Patterson TL, Ancoli-Israel S, et al. Effect of chronic dementia caregiving and major transitions in the caregiving situation on kidney function: A longitudinal study. *Psychosom Med.* 2012;74:214-20.
12. Baider L, Surbone A. Universality of aging: Family caregivers for elderly cancer patients. *Front Psychol.* 2014;5:744.
13. Fernández de Larrinoa P, Martínez S, Ortiz N, Carrasco M, Solabarrieta J, Gómez I. Autopercepción del estado de salud en familias cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga. *Psicothema.* 2011;23:388-93.
14. Gallant MP, Connell CM. Predictors of decreased self-care among spouse caregivers of older adults with dementing illnesses. *J Aging Health.* 1997;9:373-95.
15. Grunfeld E, Coyle D, Whelan T, Clinch J, Reyno L, Earle CC, et al. Family caregiver burden: Results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers. *CMAJ.* 2004;170:1795-801.
16. Lowe B, Wahl I, Rose M, Spitzer C, Glaesmer H, Wingenfeld K, et al. A 4-item measure of depression and anxiety: Validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *J Affect Disord.* 2010;122:86-95.
17. Sklenarova H, Krumpelmann A, Haun MW, Friederich HC, Huber J, Thomas M, et al. When do we need to care about the caregiver? Supportive care needs, anxiety, and depression among informal caregivers of patients with cancer and cancer survivors. *Cancer.* 2015;121:1513-9.
18. Miravittles M, Pena-Longobardo LM, Oliva-Moreno J. Caregivers' burden in patients with COPD. *Chronic Obstr Pulm Dis.* 2015;10:347-56.
19. Lopez-Espuela F, Gonzalez-Gil T, Jimenez-Gracia MA, Bravo-Fernandez S, Amarilla-Donoso J. Impact on quality of life in caregivers of stroke survivors. *Enferm Clinica.* 2015;25:49-56.
20. Rha SY, Park Y, Song SK, Lee CE, Lee J. Caregiving burden and health-promoting behaviors among the family caregivers of cancer patients. *Eur J Oncol Nurs.* 2015;19:174-81.
21. Von Känel R, Mausbach BT, Dimsdale JE, Mills PJ, Patterson TL, Ancoli-Israel S, et al. Regular physical activity moderates cardiometabolic risk in Alzheimer's caregivers. *Med Sci Sports Exerc.* 2011;43:181-9.
22. Horner-Johnson W, Dobbertin K, Kulkarni-Rajasekhara S, Beilstein-Wedel E, Andresen EM. Food insecurity, hunger, and obesity among informal caregivers. *Prev Chronic Dis.* 2015;12:E170.
23. Thrush A, Hyder AA. The neglected burden of caregiving in low- and middle-income countries. *Disabil Health J.* 2014;7:262-72.
24. Muñoz F, Espinosa JM, Portillo J, Benitez MA. Cuidados paliativos: atención a la familia. *Aten Primaria.* 2002;30:576-80.
25. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. Metodología [consultado 28 Abr 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/ Metodología ENSE2011.12.pdf>
26. Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A, Bergiristáin JM, Valderrama MJ, Arregi B. Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gac Sanit.* 2008;22:443-50.

27. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar. Colección de Estudios Serie Dependencia 2005.
28. La Parra D. Contribución de las mujeres y los hogares más pobres a la producción de cuidados informales. *Gac Sanit.* 2001;15:498–505.
29. Correa M, Jimenez-Aguilera JD. Shades and shadows in the application of the long-term care law. *Gac Sanit.* 2016;30:77–80.
30. Van den Berg B, Koopmanschap M. Economic valuation of informal care. An overview of methods and applications. *Eur J Health Econ.* 2004;5:36–45.